

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Laurent STÉVENIN

Né le 10 mai 1912, à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

La

Névralgie occipitale

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Laurent STÉVENIN

Né le 10 mai 1912, à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

La

Névralgie occipitale

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LE LONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			
	Clinique médicale.		Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE.	}
METZGER.	
	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

EN MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

LE PROFESSEUR MENETRIER

Ancien Professeur de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu
Président de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont la vie toute consacrée à la science
et la haute valeur morale et intellectuelle
seront toujours pour moi le plus cher des
exemples.*

A MON PÈRE LE DOCTEUR HENRI STÉVENIN

Médecin de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui est mon conseiller le plus fidèle et le
plus cher.*

A MA MÈRE

*Faible hommage de ma reconnaissance
et de mon affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BÉNARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

A qui je ne saurais jamais assez exprimer ma reconnaissance pour son affection toute familiale et les précieux conseils qu'il m'a prodigués depuis toujours.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
m'a fait le grand honneur d'en accepter la
Présidence. En témoignage de respectueux
attachement.*

A MES MAITRES D'EXTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE

Médecin de l'Hôpital Tenon
Chevalier de la Légion d'honneur

A MADAME BERTRAND-FONTAINE

Médecin de la Maison Dubois
Chevalier de la Légion d'honneur

*En remerciement de leur enseignement
clinique et de la bienveillance de leur
accueil.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS :

CARNOT
CUNÉO
HARVIER
DEBRÉ
NOBÉCOURT

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

HEITZ-BOYER
JUSTIN-BESANÇON

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX :

PIERRE BOURGEOIS
AZÉRAD
ALBEAU-FERNET
HAGUENEAU
AMELINE

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCES

EVEN, BERNAL, AUDOUIN, DEBEYRE,
TURIAF, MATTEY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D'ANATOMIE ROUVIÈRE

A MES PROFESSEURS DU PELOTON D'E. O. R.

MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL SÉVERAC

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT DUPAS

La Névralgie occipitale

L'affection que nous allons étudier, si elle n'a pas été jusqu'ici l'objet de nombreux travaux, n'en mérite pas moins de retenir l'attention du clinicien ; elle est en effet assez fréquente, mais les malades qui en sont atteints décrivent souvent mal leurs phénomènes douloureux.

Un interrogatoire précis et un examen minutieux comportant une recherche méthodique de la douleur provoquée par la pression au point d'Arnold, mettront seuls en évidence avec certitude une névralgie occipitale.

C'est à Valleix que revient le mérite de l'avoir, le premier, bien décrite dans son *Traité des Névralgies* (de 1841) ; il l'isola du groupe confus des céphalées que Tissot, un siècle auparavant, avait commencé à dissocier en définissant la migraine, et que Chaussier avait remarquablement éclairci par son ouvrage intitulé *Table Synoptique de la Névralgie*, publié en l'an XI ; ce dernier créait alors le mot névralgie et mettait en lumière un certain nombre des caractères essentiels de ce type d'affection, et particulièrement des névralgies faciales.

Mais Valleix fut le premier à se baser sur une étude anatomique précise des trajets et rapports des troncs nerveux et des territoires de leurs branches, et sur une observation objective des symptômes de névralgie. Nous lui devons une méthode d'exploration clinique qui est à la fois très simple et d'une grande valeur séméiologique, celle de la recherche des points de maximum de douleur provoquée par la pression ; ces points d'élection, Valleix les a décrits minutieusement, mais avec une telle abondance et d'une façon si systématique que sa description peut paraître manquer de mesure ; sa sagacité n'en avait pas moins admirablement saisi toute la valeur de ce fait clinique demeuré jusque-là méconnu, et c'est en le faisant connaître qu'il a transmis son propre nom à la postérité.

Sa méthode d'analyse clinique rigoureuse, appuyée sur des conceptions physiopathologiques rationnelles, l'a conduit à rapporter un certain nombre de cas de névralgies, observées par lui-même ou par d'autres auteurs, à une atteinte du grand nerf occipital d'Arnold ; il donna à ce type de névralgie le nom de névralgie cervico-occipitale. Seul, parmi les auteurs qu'il cite, Bérard peut être considéré comme son précurseur car, à propos d'une observation, il soupçonna l'existence de la névralgie du nerf d'Arnold.

Depuis Valleix, peu d'auteurs ont traité d'une manière étendue de la névralgie occipitale.

Signalons surtout le rapport que fit Petit-Dutaillis à l'Académie de Chirurgie, le 10 novembre 1937, à pro-

pos de deux observations de névralgie occipitale soigneusement étudiées par Wertheimer et Soustelle, les auteurs y joignent des considérations thérapeutiques très intéressantes que nous étudierons plus loin.

Enfin, cette année, le 19 février 1939, notre Maître, le Professeur Baudouin lui consacrait une leçon à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu à propos d'un cas observé dans son Service.

Cette leçon constitue un exposé remarquable de la question, traçant brillamment le tableau clinique de cette affection et signalant les problèmes posés par son diagnostic étiologique, enfin l'intérêt considérable de la discussion pathogénique qui demeure encore ouverte à son sujet dans bien des cas. C'est de cette leçon que nous nous inspirerons au cours de ce travail, essayant, sur le conseil de notre Maître, d'en développer les principaux éléments.

Nous allons tout d'abord procéder à un rappel de données anatomiques, dont un exposé assez approfondi nous paraît indispensable afin de préciser les faits cliniques observés et de comprendre les hypothèses pathogéniques qu'ils peuvent susciter : un certain nombre de celles-ci découlant de la connaissance de l'anatomie du nerf d'Arnold et de ses connexions avec les organes et les tissus avoisinants.

ÉTUDE ANATOMIQUE

Nous commençons notre étude anatomique par une description aussi succincte que possible de la disposition et des rapports principaux des racines et du tronc du 2^e nerf cervical avant sa division.

Comme nous le verrons en effet, l'atteinte des fibres nerveuses est particulièrement fréquente dans cette région d'origine ; d'autre part la connaissance anatomique précise de cette région offre un grand intérêt au point de vue de la thérapeutique chirurgicale des névralgies du Nerf d'Arnold.

Les racines du 2^e nerf rachidien présentent dans leur premier segment de traversée du sac dural l'aspect particulier au type cervical supérieur : les racines sont disposées en éventail à base médullaire à grand axe presque horizontal.

Les filets radiculaires sont relativement grêles ; peu résistants et s'arrachant facilement (Hovelacque), ils ne forment pas une lame continue en hauteur, mais fasciculée, constituant une sorte de grillage. La base de l'éventail radiculaire est en moyenne de 10 mm.

La 2^e racine cervicale est constamment plus petite que ses deux voisines dont elle est séparée en haut et en bas par une distance de 3 à 4 mm.

A l'intérieur du sac dural les racines antérieure et postérieure se trouvent nettement séparées par le ligament dentelé bien développé à ce niveau et tendu transversalement de la face latérale du névraxe à la dure-mère, sur laquelle il se fixe par des dents entre les orifices de sortie des racines rachidiennes.

La racine médullaire du spinal, née du cordon latéral de la moelle, monte entre le ligament dentelé en avant, les trois premières racines postérieures en arrière.

Les rapports du spinal médullaire et de la 2^e racine cervicale sont variables ; pour beaucoup d'auteurs il existerait fréquemment un échange de fibres le plus souvent peu important. Pour Arnold, il s'agit habituellement d'un simple accollement, mais celui-ci est parfois si marqué qu'il a pu faire croire que le spinal médullaire naissait dans certains cas des racines postérieures.

Les racines sont encore en rapport avec les artères radiculaires, au nombre de deux, antérieure et postérieure ; elles accompagnent chaque racine correspondante.

Ces rapports se font par l'intermédiaire des gaines méningées : la pie-mère ne se réfléchit que sur une courte longueur le long des racines, chaque racine se trouve rapidement au contact de l'espace sous-arachnoïdien qui occupe le tiers environ du diamètre du canal rachidien ; entre deux orifices dure-mériens, l'arachnoïde, suivant la ligne de réflexion de ses deux

feuillet, se tend en une bride verticale longeant la face interne de la dure-mère.

Au point de perforation de la dure-mère, les artères radiculaires ou leurs branches de division passent habituellement par les mêmes orifices que les racines.

En dehors du sac dural, le segment compris entre la dure-mère et le point de réunion des racines en dehors du ganglion est appelé nerf radiculaire par Nageotte, nerf de conjugaison par Sicard et Cestan.

Dans ce segment long de 10 mm. environ, les racines, très proches l'une de l'autre, se portent vers le trou de conjugaison ; elles sont entourées chacune d'une gaine dure-mérienne qui va ensuite se fusionner avec le névrilème ; les gaines dures, habituellement très rapprochées, peuvent s'accoler et une simple membrane fibreuse sépare alors les deux racines l'une de l'autre ; à l'intérieur de ces enveloppes fibreuses, l'arachnoïde s'est invaginée le long des racines ; chacune d'elles s'est entourée d'un manchon plus profond pour la racine postérieure que pour l'antérieure.

La gaine postérieure atteint, en effet, le plus souvent, le pôle supérieur du ganglion ; elle s'insinue entre les faisceaux de la racine postérieure qui s'étale avant d'atteindre le ganglion, formant toute une série de diverticules interfasciculaires baignée par le liquide céphalo-rachidien.

Pour Hovelacque, au contact des racines, entre elles et le feuillet viscéral de l'arachnoïde existe une

mince couche de tissu lamello-arachnoïdien en continuité avec le tissu sous-arachnoïdien intra-durémérien.

Pour Tinel, les gaines méningées se prolongent au niveau de leur point de réflexion par de véritables fentes lymphatiques qui vont rejoindre les espaces lymphatiques qui entourent le tronc nerveux lui-même, réalisant une véritable circulation du liquide céphalo-rachidien.

La disposition anatomique de ces gaines méningées joue un rôle capital dans la répartition des lésions radiculaires ; ces faits ont été bien mis en valeur par Sicard et Cestan-Tinel.

Il existe une zone de filtration du liquide céphalo-rachidien, entraînant une stagnation des éléments microbiens ou toxiques, qui expliquerait la localisation élective des lésions radiculaires au niveau de ce segment, et la profondeur plus grande du cul-de-sac entourant la racine postérieure rendrait compte de la fréquence toute particulière de son atteinte dont témoigne cliniquement la prépondérance des troubles sensitifs au cours des radiculites. Rappelons d'autre part que le nerf de conjugaison entre en rapport par l'intermédiaire des enveloppes avec des plexus veineux importants, dont les branches les plus nombreuses et les plus volumineuses sont au-dessus et en avant de lui, il s'en détache des branches qui se jettent sur sa gaine fibreuse, formant un plexus péri-ganglionnaire particulièrement développé. L'artère radiculaire est située au-dessus du nerf de conjugaison, le nerf sinu-verté-

bral chemine en avant de lui au milieu des branches veineuses ; il se divise là en ses branches terminales.

Le segment qui fait suite au précédent est celui de la traversée du trou de conjugaison par le nerf rachidien proprement dit. Au niveau de l'espace, entre l'atlas et l'axis que nous étudions, ce segment se trouve raccourci ; il n'existe pas en effet de canal de conjugaison à proprement parler, et, pour Lenormant, le ganglion rachidien affleure habituellement à l'orifice du trou de conjugaison, et la radicotomie serait souvent possible sans qu'on ait à recourir à une résection osseuse vertébrale pour découvrir la racine postérieure qu'on pourrait extérioriser par simple traction ; c'est là encore un point où il est très fréquemment lésé, atteint avec prédilection à ce niveau, par propagation des processus inflammatoires ostéo-articulaires aigus ou chroniques, ce qui est facile à concevoir en raison de son contact intime avec l'articulation atloïdo-axoïdienne.

Le nerf rachidien est accompagné par des éléments vasculaires :

1^o l'artère spinale, qui, soit pénètre d'emblée dans sa gaine, soit chemine hors de sa gaine, généralement au-dessus et en dehors de lui ;

2^o les plexus veineux du trou de conjugaison, perdus dans une nappe adipeuse entourant le nerf, généralement plus serrés en avant et au-dessus de lui.

Il est encore en rapport avec le nerf sinu-vertébral qui chemine au milieu des branches veineuses en

avant du nerf rachidien. L'ensemble de ces éléments constitue le paquet vasculo-nerveux funiculaire ; le nerf traverse là un étui aponévrotique étroitement serré ; il est entouré par un prolongement durermierien qui pour les classiques se prolongerait au-delà du trou de conjugaison, pour Forestier, s'arrêterait au niveau de l'opercule fibreux que traverse le nerf rachidien en sortant du trou de conjugaison et en perforant le plan fibreux qui l'obstrue et qui, pour le 2^e nerf cervical, est représenté par le ligament atloïdo-axoïdien postérieur.

Le nerf répond aux autres éléments du trou de conjugaison par l'intermédiaire de la gaine durale ; pour Soulié, les plexus veineux qui l'entourent en sont séparés par le tissu cellulaire épidual condensé en un feuillet distinct, relié par des tractus à l'orifice profond du trou de conjugaison ; il limite autour du nerf un espace injectable, l'espace lymphatique épidual.

Le 2^e nerf cervical sort du canal rachidien en perforant le ligament atloïdo-axoïdien postérieur tendu de l'arc postérieur de l'atlas au bord supérieur des lames de l'axis. Le point de perforation est situé tout près et en dedans de l'articulation atloïdo-axoïdienne ; dès sa sortie, le nerf se divise en ses deux branches terminales : l'antérieure, grêle ; la postérieure, volumineuse, est le grand nerf occipital d'Arnold ou « branche occipitale interne de Cruveilhier », qui contraste par son diamètre de 2 mm. 5 (Luschka) avec les dimensions des autres branches cervicales plus grêles. Son origine

se trouve située à la face profonde du muscle grand oblique. Aplati dès son origine, le grand nerf occipital d'Arnold se porte en arrière et décrit une courbe qui embrasse le bord inférieur du muscle grand oblique à sa partie moyenne ; sur la face postérieure du muscle, le nerf se porte en dedans presque horizontalement ; il traverse ensuite le grand complexus et change alors de direction, montant obliquement entre le grand complexus en avant et le trapèze en arrière. Il traverse le trapèze tout contre l'occipital, apparaissant au-dessus d'une petite arcade aponévrotique à concavité supérieure, constituée aux dépens de la mince lamelle tendineuse qui se fixe au tiers interne de la ligne courbe occipitale supérieure ; la branche de division interne de l'artère occipitale peut sortir avec le nerf, accolée à son bord externe. Ce point d'émergence est à 2 cm. environ au-dessous et en dehors de la protubérance occipitale externe (Rouvière) ; c'est à ce niveau qu'on l'explore par la pression au point d'Arnold. Devenu sous-cutané, le grand nerf occipital, toujours aplati, s'élargit (Cruveilhier) et se divise aussitôt en un grand nombre de rameaux terminaux tous sensitifs, qui innervent presque toute la région postérieure et postéro-latérale du cuir chevelu ; cependant les territoires des nerfs de l'un et de l'autre côté ne sont pas au contact sur toute leur étendue ; ils ne se rejoignent que peu au-dessous du sommet de l'occipital et limitent entre eux une zone triangulaire à base inférieure innervée par la branche postérieure du 3^e nerf cervical.

Des anastomoses existent entre les filets d'épanouissement du 2^e et du 3^e nerf cervical.

Les filets terminaux moyens sont les plus longs, et, pour Cruveilhier, certains d'entre eux se prolongent jusqu'à la suture fronto-pariétale croisant à angle aigu les filets du nerf frontal.

Les filets internes sont de beaucoup les plus courts.

Les filets externes, indépendamment de leurs filets cutanés, donnent des rameaux aux plexus qui entourent l'artère occipitale et l'artère temporale superficielle ; il n'est pas rare de voir un des filets externes gagner la face postérieure du pavillon de l'oreille (Quain).

D'une façon constante, certains des filets externes s'anastomosent avec les rameaux auriculaires du VII.

Nous avons décrit la variété du trajet du tronc du nerf d'Arnold, qui semble de beaucoup la plus fréquente, mais des variations sont possibles, et nous en signalerons les principales ; elles ont surtout l'intérêt d'expliquer pourquoi, dans certains cas, signalés par le Professeur Baudouin, de névralgie occipitale à symptomatologie fonctionnelle typique, on ne retrouve pas toujours le phénomène de la douleur provoquée électivement par pression au point d'Arnold, qui correspond au siège habituel de l'émergence du nerf, sortant du tunnel ostéoaponévrotique que lui ménagent les insertions du trapèze au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure. D'après Luschka, qui l'a bien étudié, ce point est habituellement situé de 12 à 26 mm. de la ligne médiane, sur une horizon-

tale menée à 21 mm. au-dessous de la protubérance occipitale externe.

D'après Henle, l'émergence se ferait à 3 ou 4 cm. de la ligne médiane. Enfin, dans certains cas, le grand nerf occipital ne traverse pas le trapèze, mais le contourne (Froment).

Le grand nerf occipital donne des branches collatérales qui naissent de façon variable, parfois isolément, tout le long du trajet du nerf ; plus souvent un grand nombre de branches naissent en bouquet au point où le nerf double le bord inférieur du grand oblique, quelques rameaux isolés naissant de la partie ascendante.

Avec Cruveilhier on peut diviser les collatérales du grand nerf occipital en branches anastomotiques et en branches musculaires. Près de son origine il fournit des rameaux musculaires au grand oblique, au splénus, au petit et au grand complexus. On distingue un rameau assez volumineux, ascendant, qui se porte en haut et en dehors, cheminant d'abord sur la face postérieure du grand oblique, puis dans l'interstice entre splénus et grand complexus, il se termine en deux branches qui pénètrent la face profonde du splénus près de son bord externe et se ramifient en filets musculaires terminaux qui s'anastomosent avec les filets terminaux des autres nerfs abordant le muscle formant le plexus cervical superficiel postérieur de Hirschfeld.

Un deuxième rameau, assez volumineux également, qui, par un trajet descendant et assez long, gagne le

grand complexus, se divise en 3 à 4 filets qui pénètrent la face profonde du muscle à la hauteur de la 4^e cervicale (Hovelacque) ; les branches s'étalent en éventail, pénétrant le muscle du bord externe au bord interne.

Du même tronc, ou directement du nerf d'Arnold, naissent 2 ou 3 filets pour le grand oblique. Ils le pénètrent aussitôt, et, dans son épaisseur, un des filets s'anastomose avec le filet venu de la 1^{re} branche cervicale postérieure. Les branches nées de la portion ascendante, au nombre de 2 ou 3, se rendent au complexus. Les filets anastomotiques, décrits par Cruveilhier, seraient au nombre de deux, un supérieur et un inférieur. Ils se détachent au moment où le nerf apparaît sous le grand oblique.

Le filet anastomotique supérieur (inconstant, d'après Cruveilhier, Sappey et Trolard) né du tronc commun des collatérales, croise soit la face postérieure, soit la face antérieure du muscle et va s'unir à la branche postérieure du 1^{er} nerf cervical, au moment où elle s'épanouit en ses branches terminales motrices destinées à l'innervation des muscles du triangle musculaire profond de la nuque : petit et grand droits postérieurs, grand et petit obliques.

Le filet anastomotique inférieur, considéré également comme inconstant par Cruveilhier et par Sappey, naît à côté du précédent ; il se porte en bas et en dehors et contourne la face postérieure de l'articulation de l'axis et de la 3^e cervicale, et s'anastomose avec la branche postérieure du 3^e nerf cervical, au

moment où elle apparaît au bord interne de l'inter-transversain postérieur.

Cruveilhier a donné le nom de plexus cervical postérieur à la succession d'arcades fournies par les anastomoses des 3 premières branches cervicales entre elles et les filets nés de ces arcades, filets qui vont au splénus et au complexus.

Hirschfeld y a adjoint la description d'un plexus formé par les anastomoses entre les différents filets qui abordent le splénus et qui sont situés à sa face profonde ; il l'a nommé : plexus cervical postérieur superficiel.

On voit l'importance des anastomoses du nerf d'Arnold ; elles expliquent la propagation souvent très étendue des phénomènes névralgiques ; elles se font avec les branches du trijumeau, des filets venus de l'ophtalmique, au niveau du vertex, latéralement avec des branches de l'auriculo-temporal, avec des rameaux de la branche temporo-faciale du VII. Enfin, nous avons vu les unions qu'il contracte avec les deux autres nerfs cervicaux voisins.

L'importance du nerf d'Arnold dans les phénomènes douloureux de la nuque, provient du fait qu'il en constitue la plus importante voie sensitive ; en effet, la branche postérieure de la 1^{re} cervicale est, comme nous l'avons vu, uniquement motrice ; celle de la 3^e ne joue qu'un faible rôle dans l'innervation sensitive de la nuque. Renz et Wichmann pensent que le nerf d'Arnold est constitué par l'union des fibres sensibles ventrales et dorsales du 1^{er} et du 2^e nerf

cervical, ainsi que par une part importante des fibres sensibles du 3^e nerf cervical.

D'autre part, cette étude anatomique nous a montré qu'au cours de son trajet, le grand nerf occipital entre en contact intime avec le système osseux de la région, avec des éléments musculo-aponévrotiques qu'il traverse sur un long trajet, et cette traversée peut être le siège de processus de névrodocie comme l'a montré Sicard ; enfin un rapport important est encore constitué par le tissu cellulaire cervical lui-même, si souvent atteint de cellulite.

ÉTUDE CLINIQUE

En abordant l'étude clinique de la névralgie occipitale, nous commencerons par rappeler la définition que Valleix donne de la névralgie en général.

Il s'agit, dit-il, « d'une douleur plus ou moins violente, ayant son siège sur le trajet d'un nerf, disséminée par points circonscrits, véritables foyers douloureux, d'où partent par intervalles variables des élancements ou autres douleurs analogues et dans lesquels la pression convenablement exercée est plus ou moins douloureuse ».

Cette définition, très schématique, s'applique en gros à la névralgie occipitale dont nous décrirons d'abord le type essentiel, le plus pur au point de vue des symptômes cliniques qui se résument à l'expression de la douleur, mais suivant les modalités d'évolution de cette douleur nous envisagerons trois formes cliniques distinctes :

1° Une forme ordinaire, la plus fréquente, dans laquelle la douleur est continue, pouvant se poursuivre pendant de longues heures, au cours desquelles elle s'exacerbe par intermittence en des paroxysmes dont l'acuité est caractéristique ;

2° A côté de cette forme, existerait une névralgie à type strictement intermittent, classiquement décrite, mais exceptionnellement observée. Elle est très semblable au tic douloureux de la face dont la distingue seule sa localisation ;

3° Enfin, un troisième type clinique est réalisé par les cas dans lesquels la douleur apparaît et se déroule suivant un cycle déterminé.

Ces formes de névralgie cyclique ne sont pas très rares et sont très intéressantes par les hypothèses pathogéniques qu'elles soulèvent.

Voici donc les trois grands aspects évolutifs de névralgie occipitale.

FORME TYPIQUE

La forme la plus habituellement rencontrée est, nous le répétons, la forme continue ; il n'est pas rare de la déceler chez des malades qui viennent consulter pour des maux de tête.

L'interrogatoire révèle un élément très important de diagnostic : le point de départ des douleurs est postérieur ; il est situé au niveau de la nuque, dans la région occipitale, un peu en dehors de la ligne médiane, à la hauteur des insertions supérieures du trapèze ; c'est là un fait très important à préciser, car, en partant de là, les phénomènes douloureux vont se propager à distance et le malade désigne parfois tout d'abord, comme siège principal de sa douleur, les zones d'irradiation.

Cette algie est le plus souvent unilatérale et d'une fréquence égale de l'un et de l'autre côté ; parfois bilatérale, elle prédomine alors habituellement d'un côté.

Quant au type de la sensation douloureuse, elle est essentiellement variable. Il s'agit tantôt d'une douleur sourde, continue, gravative ; tantôt d'une douleur aiguë de torsion, de broiement, de brûlure très vive ; parfois la douleur demeure localisée à l'occiput. Mais le plus souvent elle irradie en haut et en avant, au vertex, sur le front, ou dans la région temporale.

Cette douleur se manifeste par crises pendant lesquelles elle est continue. Elle peut durer des jours, voire des semaines. Elle s'exagère souvent la nuit, lorsque la tête est appuyée et présente des exacerbations par paroxysmes intenses greffés sur un fond de douleur continue, consistant en accès de douleurs lancinantes, plus ou moins fréquentes, partant habituellement de l'occiput pour aller retentir dans les régions frontale et temporale.

Fait important, lorsqu'il s'agit d'une névralgie pure, on ne note pendant la crise aucun phénomène nauséux, aucun trouble visuel.

L'examen clinique révèle l'existence d'une vive douleur à la pression, même légère, au niveau d'un point situé à 2 cm. environ de la ligne médiane, à la hauteur de la ligne courbe occipitale supérieure, et ce point, que le Pr. Baudouin appelle point d'Arnold, correspond à l'émergence du nerf, qui, après avoir perforé la lame tendineuse d'insertion du trapèze

comme nous l'avons vu plus haut, s'épanouit en ses branches terminales.

Il est habituellement manifeste et la douleur y est vivement exacerbée par le toucher le plus léger, au cours de l'accès, et facilement réveillée par la pression en dehors des périodes de douleurs vives. On déclenche alors une douleur que le malade reconnaît comme celle qui l'a amené à consulter.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, signalés par le Professeur Baudouin, le récit du malade correspondait au tableau d'une névralgie occipitale typique, et le palper de la ligne courbe occipitale ne provoquait pas de phénomènes douloureux caractéristiques. Il s'agissait probablement là d'une anomalie anatomique.

Valleix signale que le point situé au niveau de la nuque est d'étendue assez variable ; parfois très circonscrit, pouvant être recouvert par la pulpe du doigt, mais souvent beaucoup plus étendu, il peut occuper l'espace compris entre l'occiput et le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien en dehors. Valleix donne comme raison à cette étendue, les nombreuses anastomoses en plexus qui existent à la nuque, comme nous l'avons vu, entre les branches postérieures des nerfs cervicaux, entre eux d'une part et les nerfs des territoires voisins, d'autre part.

Le point douloureux que nous avons décrit correspond, à peu de choses près, à celui que Valleix nomme point occipital, mais qu'il déclare situé entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales, un peu plus près, dit-il, de celles-ci que de celle-là.

Ces repères le plaçant donc sensiblement plus bas.

A côté de ce point qu'il signale comme habituellement plus douloureux que les autres, Valleix en décrit quatre autres, qu'il nomme :

1^o Point cervical superficiel, situé entre le bord antérieur du trapèze et le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

2^o Point pariétal, situé au niveau de la bosse pariétale, commun dit-il à la névralgie cervico-occipitale et à celle du trijumeau ;

3^o Point mastoïdien, provoqué par la pression de l'apophyse mastoïde, parfois situé au-dessous du lobule de l'oreille ; il ferait parfois croire à tort à une névralgie du VII.

Enfin, il y ajoute un point auriculaire situé au niveau de la conque de l'oreille elle-même.

En fait, s'ils existent, ces points sont toujours moins importants que celui que nous avons décrit tout d'abord, et qui, pratiquement, est le seul à retenir.

FORME INTERMITTENTE

Bien distincte cliniquement serait la forme intermittente signalée par Valleix et d'autres auteurs ; elle est l'homologue du tic douloureux de la face.

Survenant subitement chez un malade qui, une seconde avant, ne souffrait aucunement, elle revêt d'emblée une intensité atroce, telle qu'elle arrache

souvent des cris à ceux qui en sont atteints, s'accompagne, soit simplement d'attitudes antalgiques très marquées, le malade s'immobilisant la nuque en extension et inclinaison latérale, frictionnant violemment la région douloureuse.

Dans le cas de névralgie correspondant au type épileptiforme que Trousseau a décrit pour la face, ou bien dans celle qui répondrait au type épileptiforme convulsif, c'est-à-dire au tic douloureux proprement dit, au moment où la douleur commence les muscles de la nuque se trouvent agités de mouvements convulsifs rapides déterminant des mouvements brusques et saccadés de la tête. Dans les deux cas, la durée de l'accès serait essentiellement très brève, durant de dix à quinze secondes en moyenne, une minute au plus. Le plus souvent la douleur serait déclanchée par une cause provocatrice : mouvement brusque de la tête ; un contact, un simple frôlement parfois, suffisent à déchaîner l'accès. Valleix signale déjà l'existence de cette forme de tic douloureux occipital et sa coexistence possible avec celui de la face. Baudouin déclare n'en avoir rencontré qu'un cas, d'ailleurs absolument typique, dont nous relatons plus loin l'observation.

FORME CYCLIQUE

Enfin, le troisième type, dont nous citons aussi, à la fin de cet ouvrage, une observation de Baudouin, est celui de névralgie qui évolue et se reproduit d'une façon cyclique ; au cours de l'accès, la douleur occipitale

présente les caractères propres aux névralgies les plus typiques ; dans l'intervalle des accès il n'existe aucune douleur, l'élément distinctif de cette forme est la réapparition de l'accès à intervalles réguliers, la durée fixe des accès, leur début et leur terminaison progressive, tous éléments qui évoquent l'allure évolutive des accès de migraine ; ce rapprochement s'impose, et, d'ailleurs, les deux affections peuvent coexister et s'entremêler, mais présentent des caractères distinctifs évidents ; les douleurs sont bien différentes et les malades qui font aussi des migraines savent bien les discriminer en général.

La douleur névralgique est superficielle ; elle occupe un territoire nerveux bien déterminé ; enfin on ne retrouve pas, lorsqu'elle est pure, la notion de prodromes sensoriels, ni l'état nauséux habituel à la migraine classique ; mais nous verrons plus loin quels rapports pathogéniques peuvent exister entre ces deux affections, et peut-être s'agit-il, dans ces cas, de formes de transition.

FORMES ÉTIOLOGIQUES

L'étude de ces formes est un des chapitres les plus importants à traiter au cours de ce travail ; en effet, la névralgie occipitale peut être secondaire à de multiples causes locales ou générales — celles-ci sont plus ou moins évidentes, et, suivant les cas la névralgie peut, soit n'être qu'un élément de second plan, qu'il faut savoir retrouver au milieu d'un riche tableau clinique, soit, au contraire, dominer la scène et poser un diagnostic étiologique parfois extrêmement difficile.

Nous allons passer en revue les principales affections à incriminer, qu'on peut schématiquement diviser en causes locales et causes générales.

CAUSES GÉNÉRALES.

Parmi ces dernières nous citerons tout d'abord la *syphilis*, dont une névralgie occipitale peut être un symptôme isolé en apparence et qu'on doit toujours rechercher en présence d'une névralgie tenace qui ne fait pas sa preuve par la notion étiologique d'une affection locale.

La névralgie d'origine syphilitique serait très fréquente pour Milian.

On devra donc pratiquer les examens sérologiques et tenter dans les formes durables le traitement

d'épreuve, surtout, suivant Baudouin, dans le cas d'allure cyclique.

Après la syphilis, la place la plus importante est occupée par le *paludisme*, qu'on retrouve souvent dans les antécédents des malades atteints de névralgie occipitale.

La *grippe*, dans ses formes névralgiques, peut se manifester par une névralgie occipitale à laquelle s'ajoutent des signes généraux caractéristiques, et, le plus souvent, la notion d'épidémicité facilite le diagnostic.

Le *rhumatisme articulaire aigu* dans ses formes frustes, peut ne se traduire que par une névralgie occipitale, souvent fugace, contemporaine de signes extrêmement discrets : les manifestations articulaires sont très peu marquées, ou totalement absentes. Ces formes sont fréquentes surtout chez l'enfant et seraient souvent méconnues, ou prises pour un banal torticolis si on ne les redoutait, car, tous les auteurs sont actuellement d'accord pour déclarer que, contrairement aux lois trop absolues énoncées par Bouillaud, de telles formes, en apparence frustes, s'accompagnent très fréquemment de déterminations cardiaques des plus graves.

L'*encéphalite épidémique* peut se traduire par une névralgie occipitale à peu près isolée, surtout au cours d'épidémie de formes légères ; il s'agirait dans ces cas, pour Tinel, d'une localisation des lésions au niveau des cornes postérieures, répondant aux terminaisons des filets radiculaires du nerf d'Arnold ; ces lésions seraient habituellement très localisées, comme en témoigne l'évolution en règle favorable, et l'absence de séquelles ultérieures.

CAUSES LOCALES.

Dans d'autres cas la névralgie occipitale est due à une cause locale plus ou moins évidente. Elle peut succéder à un rhumatisme et peut faire partie d'un tableau de *fracture haute du rachis*, le nerf étant comprimé au niveau des trous de conjugaison par le tassement osseux, les signes apparaissant immédiatement ou se manifestant au bout d'un temps variable après le trauma au cours d'un syndrome de Kummel-Verneuil. Le diagnostic s'appuiera sur des examens radiographiques du rachis.

Dans certains cas, aucune lésion osseuse n'est visible et on peut alors incriminer la contusion du nerf elle-même réalisée soit directement soit par une subluxation vertébrale, ou encore la compression du tronc nerveux par un hématome profond.

Parmi les causes locales dont une névralgie occipitale peut poser le diagnostic, le *Mal de Pott sous-occipital* est une des plus importantes. La névralgie peut en être une des principales manifestations ; elle peut se voir à toutes les phases de son évolution, mais c'est surtout au début, lorsqu'elle est relativement isolée qu'elle présente le plus grand intérêt. Elle revêt le type continu, et, à la douleur s'ajoute une contracture des muscles de la nuque qui immobilise la tête sur le cou, donnant au malade une attitude bien caractéristique ; le plus souvent les douleurs sont assez diffuses, et, à celles qui répondent au territoire du nerf d'Arnold, s'en ajoutent d'autres

dans la partie latérale du cou, au moignon de l'épaule, qui témoignent de l'atteinte d'autres branches du plexus cervical.

Le diagnostic sera affirmé par l'examen radiologique qu'il serait bon, on le voit, de pratiquer chez les malades souffrant de névralgie occipitale.

Au cours du Mal de Pott, le nerf d'Arnold peut être lésé de différentes manières : soit par le tassement osseux vertébral, soit par la compression due à un abcès ossifluent, soit par pachyméningite. Il peut être encore atteint par propagation du processus inflammatoire au cours du trajet qu'il effectue au contact de l'articulation atloïdo-axoïdienne et c'est là surtout le cas lorsque la névralgie apparaît comme signe précoce.

Un *cancer vertébral* peut être également la cause d'une névralgie du nerf d'Arnold, mais sa localisation à ce niveau est très rare. Enfin les *arthrites cervicales chroniques* sont une cause fréquente de névralgie. Il s'agit de malades présentant souvent d'autres manifestations d'arthrite chronique ; ils se plaignent de douleurs fréquentes souvent influencées par les conditions atmosphériques, et de craquements articulaires ; la radiographie cervicale montre des images caractéristiques d'arthrite chronique, des lésions ostéophytiques, des becs de perroquets, etc.

Mais souvent, le diagnostic peut être difficile chez l'adulte, pour lequel un Mal de Pott peut être associé à des signes d'arthrite chronique, et les images radioscopiques peuvent être d'interprétation difficile.

A côté des cas où elle succède à des lésions osseuses ou articulaires de voisinage immédiat, la névralgie occipitale peut être secondaire à une *affection rhinopharyngée*. On peut la rencontrer au cours des rhinopharyngites purulentes (Claude), au cours de certaines angines (Vincent), enfin elle peut être causée par des adénopathies cervicales haut situées. Dans certains cas exceptionnels elle peut reconnaître pour cause un anévrisme de l'artère vertébrale.

Assez fréquemment aucune affection locale ou générale ne peut être mise en évidence, il s'agit d'une névralgie occipitale en apparence *essentielle* ; les malades présentent alors le terrain bien connu mais assez imprécis décrit sous les noms de neuro-arthritisme, de diathèse goutteuse, rhumatismale, etc.

Deux théories qui tendent à expliquer ces faits rendent certainement compte l'une et l'autre du plus grand nombre des cas de névralgie occipitale d'apparence essentielle.

Nous étudierons tout d'abord la théorie de la *névrodocite* de Sicard dans ses rapports avec la névralgie occipitale.

Sous le terme de « névrodocite », Sicard comprend l'ensemble des troubles nerveux reconnaissant pour cause la compression de certains troncs nerveux dans les manchons osseux, fibro-osseux ou aponévrotiques de l'organisme, et parmi ces faits, il isole sous le nom de funiculite, la névrodocite des trous de conjugaison.

Dans ce dernier cas, bien étudié par Forestier

dans sa Thèse, l'ensemble neurovasculaire, ou funicule, qui parcourt le canal de conjugaison étant atteint par un processus inflammatoire, se trouve étroitement serré dans l'étroit défilé aponévrotique qu'il parcourt à ce niveau.

Dans la plupart des cas ces phénomènes inflammatoires, et l'étranglement du nerf rachidien qui en dépend, siègent surtout au niveau de l'opercule fibreux que traverse le nerf à la sortie du canal de conjugaison. Au niveau de l'espace entre l'atlas et l'axis qui nous occupe, cet opercule fibreux est réalisé par la traversée du ligament atloïdo axoïdien postérieur. Mais Baudouin pense avec Pitti et d'autres auteurs que l'atteinte du funicule ne serait pas habituellement primitive, mais secondaire à une arthrite légère des articulations des apophyses articulaires vertébrales, qui peut être de cause diverse, rhumatismale ou goutteuse, par exemple.

Etant donnés les rapports étroits que le funicule contracte avec l'articulation atloïdo-axoïdienne latérale et la traversée ligamentaire du 2^e nerf cervical à sa sortie du canal rachidien, on conçoit que les phénomènes inflammatoires se propagent aisément en ce point et déterminent ainsi la névralgie.

Pour Sicard, les processus de névrodocite, menaçant le nerf d'Arnold, ne limitent pas leur champ d'action au défilé du trou de conjugaison ; ils atteindraient, selon lui, tout aussi fréquemment le tronc nerveux au niveau des traversées ostéo-musculo-aponévrotiques qu'il effectue au cours de son trajet et

notamment à celle de la lame d'insertion du trapèze.

A côté de cette théorie si brillamment édifiée par Sicard, la théorie *cellulitique* de la névralgie occipitale, de connaissance plus récente en France puisqu'elle est postérieure à la guerre, explique certainement un grand nombre des cas observés ; elle présente un intérêt considérable, celui d'appeler une thérapeutique étiologique : la massothérapie, dont l'action est souvent remarquable.

L'examen d'un malade atteint de névralgie occipitale, comportera donc toujours une recherche systématique des signes objectifs de cellulite cervicale.

Il s'agit le plus souvent de malades du sexe féminin, fréquemment obèses, rhumatisantes, atteintes d'affections hépato-biliaires. L'examen local révèle l'existence de nodules douloureux siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané cervical ; les uns sont volumineux comme des pois ou des lentilles, nettement isolés, on les sent facilement ; d'autres sont très petits et nombreux, noyés dans l'hypoderme qu'ils capitonnent et, dans certains cas, sont seulement perceptibles à un tact exercé.

Des aspects cliniques différents peuvent être réalisés par les *associations* de la névralgie du nerf d'Arnold avec des phénomènes névralgiques siégeant au niveau d'autres territoires nerveux, en particulier : l'existence de névralgie associée répondant aux zones de distribution d'autres branches du plexus cervical, des douleurs frappant les branches du plexus brachial

.

est fréquente, au point de vue étiologique, elle doit faire soupçonner une cause locale, tel un Mal de Pott, par exemple, atteignant en même temps les branches antérieures et postérieures du plexus cervical.

Dans les formes associées à une névralgie du trijumeau, les phénomènes douloureux propres aux deux névralgies peuvent être difficiles à dissocier de prime abord ; les crises douloureuses se produisent simultanément ou isolément dans l'un et l'autre territoire, les irradiations sont souvent semblables, mais le point de départ des douleurs et la marche des irradiations est tantôt postérieure et tantôt antérieure, et surtout la constatation des points douloureux propres au trijumeau, s'ajoutant au point d'Arnold, permet d'affirmer l'existence d'une névralgie faciale associée.

L'adjonction de phénomènes sympathiques aux phénomènes purement douloureux est assez courante, mais leur intensité est extrêmement variable.

Il existe des cas dans lesquels les phénomènes vaso-moteurs contemporains de la crise douloureuse sont très intenses, s'accompagnant d'une sensation de cuisson parfois atroce, d'un caractère lancinant et obsédant de la douleur qui peut prendre le type causalgique. Dans ces formes lorsqu'elles sont prolongées, on peut souvent constater l'existence de modifications des téguments et de phanères au niveau de la région douloureuse.

Enfin, très nombreuses, et à retenir, tant par la difficulté de leur diagnostic que par l'intérêt de leur pathogénie, sont les formes dans lesquelles la névralgie

occipitale s'associe à la migraine. Il peut s'agir, soit de migraine simple, soit de migraine à type ophtalmique.

Les malades qui analysent bien leurs troubles savent en général très bien distinguer leurs migraines de leur névralgie occipitale.

Nous verrons plus loin les éléments de diagnostic des deux affections. Les crises névralgiques peuvent évoluer parallèlement aux crises migraineuses, ou isolément suivant les cas ; elles peuvent alterner chez un même malade.

Signalons la fréquence avec laquelle on découvre dans ces formes l'existence de cellulite cervicale, la thérapeutique appropriée apporte habituellement un soulagement remarquable aux deux affections, beaucoup d'auteurs considèrent que cette cellulite cervicale constitue l'épine irritative ; point de départ des phénomènes migraineux, ces derniers seraient dus à un mécanisme complexe, dans lequel les perturbations vaso-motrices d'origine sympathique tiendraient la première place. La période prodromique de la migraine correspondrait à une vasoconstriction encéphaloméningée, la phase douloureuse elle-même à une vasodilatation avec hyperpression intra-cranienne. Ce sont donc là des faits qui peuvent être rattachés parfois à une cause identique, mais, en eux-mêmes bien distincts des phénomènes névralgiques périphériques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif est en général aisé, lorsqu'on pense à la névralgie occipitale. Il s'appuie sur le siège initial des douleurs, les caractères des irradiations douloureuses, et, surtout, sur la découverte des points douloureux caractéristiques. Ces derniers peuvent exceptionnellement faire défaut ; peut-être s'agit-il d'une disposition anatomique particulière, rendant le nerf difficilement accessible au palper, ou modifiant son trajet. On doit en penser que les douleurs subjectives sont dues, dans ce cas, à une atteinte des racines ou du neurome central, sans douleur provoquée au niveau du tronc nerveux lui-même.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

On devra distinguer la névralgie occipitale des autres affections douloureuses de la région : torticolis banal, céphalées à localisation occipitale d'origine circulatoire, sinusite sphénoïdale s'accompagnant de douleurs occipitales, mais c'est justement avec la migraine que nous venons de voir fréquemment associée à la névralgie occipitale, que le diagnostic différentiel se pose surtout. Les caractères cliniques en sont schématiquement bien distincts ; parmi ceux-ci : l'exis-

tence d'une phase prémonitoire, surtout lorsqu'elle comporte des phénomènes sensoriels bien caractérisés, visuels, lorsqu'il s'agit de migraine ophtalmique avec scotome scintillant, mais pouvant être aussi auditifs, olfactifs, etc..., et, d'une façon générale, plus difficiles à mettre en évidence lorsqu'il s'agit de migraine simple.

Et surtout, l'existence de nausées, de vomissements, de photophobie, trois signes dont l'importance est telle que Pasteur-Vallery Radot dit que leur constatation constitue un appoint indispensable au diagnostic de migraine vraie.

Enfin l'évolution de la crise migraineuse, continue, diminuant progressivement d'intensité, pour disparaître en huit à dix heures, est bien différente du caractère essentiellement paroxystique des accès névralgiques. Le siège des douleurs, par contre, n'est pas un élément de diagnostic, car la migraine, essentiellement héli-cranienne, peut être de siège occipital, et, de ce fait, ressembler beaucoup à première vue à une névralgie du nerf d'Arnold.

La reproduction cyclique fréquente des accès migraineux peut se rapprocher, comme nous l'avons vu, de certains types de névralgie occipitale.

Nous avons vu les formes associées et leurs difficultés diagnostiques ; ajoutons que souvent, chez les migraineux, sans qu'existe une névralgie occipitale manifeste, on trouve une douleur à la pression du point d'Arnold, et, cette pression même a parfois déclenché l'accès migraineux.

PRONOSTIC

Il est, bien entendu, en partie lié à la cause de la névralgie mais, si l'on s'en abstrait, le pronostic de la névralgie en elle-même est essentiellement variable et s'il existe des cas dans lesquels la névralgie occipitale est transitoire, comme dans les formes post-grippales ou post-traumatiques, bien souvent la répétition des crises, leur intensité, rendent la vie du malade intolérable et justifient des tentatives thérapeutiques parfois hardies.

PATHOGÉNIE

Si l'on examine le mécanisme de transmission et de réception des sensations douloureuses, on se trouve en présence de deux éléments principaux, qui jouent tous deux un rôle physiopathologique également important :

L'élément périphérique, sur lequel portent les lésions causales dans un grand nombre de cas.

Nous avons vu quelles pouvaient en être les principales modalités et le siège : névritique, radiculaire, médullaire.

L'élément central : constitué par l'ensemble thalamo-cortical, lieu d'aboutissement de l'ébranlement nerveux traduit par la douleur. C'est au niveau du thalamus, dans ses parties médianes et internes, pour Head, que siègerait le centre de l'affectivité, là que serait situé le lieu de la sensation douloureuse elle-même ; la corticalité jouerait un rôle de contrôle et de discrimination intellectuelle qui comporterait une action freinatrice, transmise par le moyen de faisceaux descendants cortico-thalamiques. Quand cette

action freinatrice est diminuée ou supprimée, il en résulterait la libération du thalamus affectif.

Cette hypothèse de Head rend compte de bien des faits, mais Forestier se refuse pour sa part à admettre qu'un état de conscience comme la douleur puisse naître dans le thalamus seul. Quoi qu'il en soit, on peut retenir que des lésions de l'ensemble thalamo-cortical ou des modifications des rapports thalamo-corticaux peuvent se traduire par des manifestations douloureuses, que des stimuli venus normalement de la périphérie suffisent à déclencher et à entretenir, et ces cas ne seraient pas exceptionnels pour Baudouin. En particulier, c'est à des lésions centrales que doivent être rattachées les formes à type intermittent, dans lesquelles le déchaînement brusque de la douleur, après une période d'indolence absolue, fait penser que les phénomènes qui se produisent au niveau des cellules sensibles centrales sont assez comparables à la mise en charge progressive d'un accumulateur électrique, suivie de sa décharge brutale.

Quant aux phénomènes subjectifs de la névralgie, ils sont assurément d'un intérêt immense, et leur observation occupe une place prépondérante dans l'étude clinique de la névralgie occipitale, comme dans celle de toute névralgie, mais leur nature intime et surtout leurs rapports avec les faits objectifs demeurent entourés du voile de mystère qui couvre tout ce qui a trait aux relations de la matière avec l'esprit et qui restent du domaine de la métaphysique.

Si l'on se place au point de vue pratique, il est évident que les perceptions conscientes demeurent subordonnées à de multiples facteurs psychologiques et sujettes à de grandes variations individuelles.

TRAITEMENT

La thérapeutique de Valleix consistait surtout dans l'emploi du vésicatoire volant associé aux sédatifs généraux, mais il n'envisageait pour ainsi dire pas de thérapeutique étiologique, dont le rôle n'est cependant pas négligeable.

C'est ainsi qu'il faudra appliquer les thérapeutiques appropriées :

- au Mal de Pott sous-occipital ;
- au paludisme ;
- à la syphilis (non pas tant le cyanure de mercure, que l'iodure à petites doses répétées) ;
- au diabète ;
- au rhumatisme articulaire aigu ou à la névraxite épidémique (médication salicylée).

On devra souvent y associer une thérapeutique symptomatique et palliative.

L'opium sera utilisé dans les formes particulièrement rebelles et tenaces, en évitant les injections de morphine, en utilisant de préférence les suppositoires d'extrait thébaïque, les lavements au laudanum et au bromure. L'aconitine mérite d'être isolée de ces différentes médications, car si elle donne peu de résul-

tats dans la forme habituelle à type continu, elle interrompt les crises dans une forme intermittente que nous citerons plus loin. Soulignons l'analogie de ce fait avec les résultats obtenus par cette médication dans le traitement du tic douloureux de la face.

La physiothérapie sera une des médications le plus couramment utilisées ; elle sera la thérapeutique étiologique par excellence des névralgies occipitales liées à l'existence de cellulite cervicale ; elle consistera dans ce cas en des massages digitaux, avec écrasement des nodules cellulitiques. Elle apporte le plus souvent un soulagement rapide, et, très souvent la guérison rapide de la névralgie.

Dans des cas d'étiologie moins précise, les massages pourront encore être tentés et aussi d'autres méthodes physiothérapiques, telles que l'ionisation, les rayons infra-rouges et la radiothérapie de la région occipitale qui, dans de nombreux cas, donnent de très bons résultats (Zimmern et Cottenot).

Dans tous les cas, une thérapeutique générale sédative ne sera pas négligée ; elle aura un rôle adjuvant considérable, et on y adjoindra toujours une psychothérapie élémentaire, dont le rôle est très important chez ces malades qui sont si souvent de petits anxieux, obsédés par leur mal.

Malgré toutes les tentatives dans bien des cas, les douleurs persistent et les crises se répètent avec une telle intensité, et surtout pendant un temps si prolongé que l'on est amené à envisager un traitement *chirurgical*.

Celui-ci présente ses indications les plus nettes dans le cas, d'ailleurs rare, comme nous l'avons vu, de névralgie à type intermittent. Ce traitement n'a pas pu être mis très fréquemment en œuvre.

En 1921, OEhlickler rapportait neuf observations de névralgies occipitales traitées avec succès par l'extirpation du 2^e ganglion spinal, pratiquée par analogie avec la gasserectomie. En 1934, Ody publiait trois observations de radicotomie cervicale postérieure, considérant que pour être efficace, la neurotomie doit être rétroganglionnaire ; dans les trois cas le succès a été complet, mais il s'agissait d'interventions importantes comportant une ablation de l'atlas et de l'axis, l'ouverture de la dure-mère, et la résection des trois racines post-cervicales.

Enfin, plus récemment cette thérapeutique chirurgicale de la névralgie d'Arnold a été exposée dans un rapport de Petit-Dutaillis à l'Académie de Chirurgie, à propos de deux cas observés et traités par Wertheimer et Soustelle qui formulent des considérations thérapeutiques ; les auteurs s'inspirent de la technique d'Ody.

L'anesthésie locale ne supprime pas la douleur atroce de la section nerveuse, les auteurs jugent préférable d'utiliser un procédé anesthésique général, lavement éthéro-camphré ou évipan, malgré l'avantage de la position assise. Ils pratiquent la radicotomie rétroganglionnaire, à l'intérieur de l'étui dural, qui a l'avantage de respecter les fonctions motrices du nerf d'Arnold (dont la suppression pourrait entraîner des

troubles de la statique de la tête et de l'équilibre, troubles étudiés par Ducosté.

Les auteurs obtiennent de bons résultats par cette méthode de radicotomie postérieure de la 2° cervicale, à laquelle ils associent celle de la 3°, mais ils pensent qu'elle doit être réservée aux formes invétérées de névralgie occipitale.

Quant à l'*alcoolisation* du nerf pratiquée au point d'Arnold, Baudouin qui l'a essayée à plusieurs reprises n'en a obtenu que des échecs. L'infiltration novocaïnique, pratiquée également au niveau de l'émergence du Nerf d'Arnold, donne des résultats inconstants, fréquemment une amélioration, mais le plus souvent transitoire.

CONCLUSIONS

I. — La névralgie occipitale est une affection plus fréquente qu'on ne le croit communément, mais elle est souvent méconnue, ou, du moins, confondue avec d'autres affections douloureuses qui peuvent lui ressembler à la suite d'un examen superficiel.

Le diagnostic de névralgie occipitale peut toujours être fait d'une manière précise par les constatations :

du siège initial des douleurs,
des irradiations,
de la douleur provoquée au Point d'Arnold.

II. — La Névralgie occipitale peut se rencontrer sous les deux types principaux de névralgies :

1^o Continu ;

2^o Intermittent.

Mais c'est la forme continue qui est rencontrée de beaucoup le plus fréquemment.

Le type intermittent, homologue du tic douloureux de la face, a été décrit par les classiques ; il est exceptionnel.

A ces deux types on peut en adjoindre un troisième, dans lequel l'évolution cyclique de l'affection rappelle la migraine.

III. — La connaissance de la névralgie occipitale et son diagnostic clinique présentent le gros intérêt de conduire à une recherche étiologique, qui, dans un grand nombre de cas comporte des conséquences thérapeutiques des plus importantes.

IV. — Bien souvent, il s'agit de formes dites essentielles, et alors un certain nombre d'hypothèses tendent à expliquer leur genèse, incriminant :

- un processus de névrodocite, en particulier de funiculite ;
- des lésions de cellulite cervicale ;
- une affection diathésique ;
- parfois, enfin, des lésions nerveuses centrales pourraient être mises en cause.

V. — Le traitement de la névralgie occipitale peut être :

- Etiologique, soit qu'il s'agisse d'une affection locale (Mal de Pott sous-occipital) ou générale (syphilis) ;
- Bien souvent il sera symptomatique : dans les formes rebelles, on peut discuter de l'opportunité d'un traitement d'urgence anti-syphilitique, d'un traitement physiothérapique surtout, qui donne souvent d'excellents résultats.

L'infiltration novocaïnique locale ne donne que des améliorations passagères.

Ce n'est que rarement qu'on sera contraint de mettre en œuvre un traitement chirurgical : radicotomie rétroganglionnaire, ou l'alcoolisation, cette dernière ne donnant que peu de résultats satisfaisants.

C'est surtout dans les formes intermittentes que ces méthodes trouveront leur indication.

Vu : Le Président de la thèse,

M. BAUDOUIN.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Valleix).

*Néuralgie cervico-occipitale gauche avec extension
de la douleur à un côté de la face.*

Un garçon de bureau, âgé de 52 ans, se présenta à la consultation du Bureau Central, le 23 avril 1839. Il éprouvait depuis huit jours des douleurs lancinantes dans tout le côté gauche de la face, et voici les renseignements que je pus obtenir sur sa maladie :

Militaire pendant dix ans, il a fait plusieurs campagnes de l'Empire, et reçu plusieurs blessures. Au sortir du service, il accompagna une famille riche dans de longs voyages. Pendant qu'il était militaire, il était soumis à toutes les privations de son état, en temps de guerre. Il faisait peu d'excès de vin et pas d'excès vénériens. Dans ses voyages, il avait une bonne nourriture, mais il éprouvait souvent de grandes fatigues, et était exposé au froid et à l'humidité. Dès cette époque, il commença à éprouver des douleurs vagues dans les membres et dans la tête ; elles s'accompagnaient souvent d'élancements. Dans les dernières années, les douleurs de la tête devinrent plus fréquentes et plus fortes ; elles se faisaient sentir à des époques variables, mais, chaque fois pendant un espace de temps assez considérable (de huit à quinze jours). Leur siège a beaucoup varié : elles

occupaient tantôt la moitié droite, tantôt la moitié gauche de la tête, bien rarement les deux côtés ; dans ce dernier cas elles avaient toujours beaucoup plus d'intensité d'un côté que de l'autre. Elles se sont montrées plus fréquemment et avec plus de violence à gauche qu'à droite. Elles ont toujours été semblables à celles qui existent maintenant, et ont toujours occupé, comme dans ce moment, la partie postérieure de la tête, l'œil, un des côtés du nez, de la bouche, du menton et même du cou. La direction des élancements a toujours été, suivant le malade, de la partie postérieure de l'oreille vers la partie latérale et antérieure de la face.

Examiné le 23 avril, il m'a présenté l'état suivant : taille au-dessus de la moyenne ; embonpoint médiocre ; air de souffrance.

Lorsqu'on lui demande quel est le siège et la direction de ses douleurs, il indique d'abord la partie inférieure de l'oreille gauche, puis l'œil et le côté gauche du nez, de la bouche et de la mâchoire inférieure. Il ajoute que les élancements se portent du premier point vers les autres, et, en suivant la direction qu'il indique, on voit qu'il veut désigner un trajet direct et non le passage des douleurs sur le sommet de la tête. Mais quand on lui demande s'il éprouve des douleurs vers la bosse pariétale ; si ces douleurs viennent dans ce point, après s'être élancées de la partie supérieure et postérieure du cou ; si enfin elles contourment le crâne, et se propagent jusqu'à l'œil et à la bouche, il répond toujours affirmativement à ces questions. Il ajoute même que quelquefois les élancements, partis d'un point limité situé un peu en dehors des premières vertèbres cervicales, viennent retentir aux environs de la bosse pariétale sans s'étendre plus loin.

En exerçant la pression sur les points occupés par la douleur, on trouve une sensibilité vive au-dessous de l'occiput, un peu en dehors et à gauche des deux premières vertèbres cervicales ; elle s'étend en bas le long du ligament cervical, mais seulement du côté gauche, dans l'étendue de cinq à six centimètres ; en dehors, elle descend plus bas, et se porte jusque vers la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il y a un peu de sensibilité à la pression sur l'apophyse mastoïde ; rien de semblable au niveau de la sortie du nerf facial et dans la conque de l'oreille. Un point douloureux à la pression existe un peu au-dessus de la bosse pariétale ; il a 4 ou 5 centimètres de diamètre. En ce moment, qui est un moment de calme, la pression ne détermine nulle douleur dans aucune partie de la face, mais le malade affirme que, dans les accès, la sensibilité y est exaltée.

Dans les points douloureux que je viens d'indiquer, existe constamment une douleur sourde, contusive, très fatigante. Par intervalles des élancements partent d'un point compris entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales. Souvent ils retentissent dans l'œil, les lèvres, le menton, sans que le malade les sente passer par-dessus la tête ; mais quelquefois leur passage dans ce dernier point est très distinct, et alors ils se font sentir très douloureusement un peu au-dessus de la bosse pariétale. Lorsqu'ils retentissent directement dans les organes de la face, il n'y a ni dans la joue, ni au-devant de l'oreille, aucune douleur dont le trajet puisse faire supposer qu'elle suit les divisions du nerf facial. Ces élancements reviennent plus forts et plus violents deux ou trois fois par jour à des

intervalles variables, et pendant une demi-heure ou une heure.

Point de larmoiement, ni de flux nasal. La mastication et la déglutition ne sont pas douloureuses, pas plus que l'action de se moucher et les mouvements de la tête. Du reste, toutes les fonctions s'exécutent bien ; il n'y a pas la moindre apparence de fièvre.

Le malade m'ayant dit que, dans ses précédentes attaques, il avait fait usage avec succès des pilules de Méglin, et qu'en ayant pris depuis deux jours, il se trouvait mieux, je l'engage à continuer, mais en augmentant graduellement la dose qui n'était encore que de 4 pilules par jour.

* * *

Je le revois trois jours après : les douleurs sont notablement diminuées, mais elles ont conservé tous leurs caractères (le nombre des pilules n'a pas été augmenté ; il en a cessé l'emploi le surlendemain du jour où je l'avais examiné pour la seconde fois).

Quoique je n'aie pas pu suivre assidûment ce sujet et que je ne l'aie pas vu au fort de ses accès, mon examen a été assez attentif, et la maladie était assez bien caractérisée pour qu'il m'ait été permis de mettre hors de doute l'existence de la névralgie cervico-occipitale. C'est ce qui a été fait surtout à l'aide des points douloureux à la pression.

On a remarqué, sans doute, que le malade paraissait, dans sa première réponse, indiquer le nerf facial comme étant le siège des douleurs ; il portait, en effet, son doigt de la partie postérieure de l'oreille vers l'œil, la bouche et le menton. Il n'en a pas fallu davantage à beaucoup d'observateurs, pour placer la névralgie dans ce nerf. Mais

en poussant plus loin l'interrogatoire, je me suis assuré que la douleur lancinante passait par dessus le vertex et, même dans certains moments elle n'allait pas au delà. Il était dès lors évident que la maladie avait son siège principal dans le nerf occipital et dans le plexus cervical superficiel.

Depuis que je porte spécialement mon attention sur le siège des névralgies de la tête, j'ai rencontré souvent des faits semblables. En ce moment je vois, à la Salpêtrière, deux malades qui ont l'une une névralgie trifaciale, l'autre une névralgie occipito-cervicale se propageant à la face, et qui m'ont indiqué, comme le trajet des douleurs, la direction approximative du nerf facial. Ces malades désignaient d'abord les principaux points douloureux, sans suivre la douleur dans sa marche.

Le transport de la névralgie d'un côté à l'autre a été chez ce sujet très fréquent et très remarquable. Il en est de même des douleurs lancinantes ou gravatives qu'il éprouvait souvent dans d'autres parties du corps et qui, sans aucun doute étaient pour la plupart de nature névralgique. Cet homme avait une prédisposition des plus marquées aux névralgies. Elles se reproduisaient chez lui sous l'influence des causes les plus légères. Il n'est point indifférent pour l'histoire des causes de noter que ces attaques avaient lieu bien plus souvent l'hiver que l'été.

Quant à l'influence du traitement, il serait bien difficile de l'apprécier rigoureusement dans un cas semblable. Cette névralgie était une de celles qui reparaissent fréquemment à des intervalles variables et dont les attaques se dissipent très souvent d'elles-mêmes ; rien ne prouve donc qu'il n'en ait point été ainsi cette fois. On est d'autant plus porté à croire que la disparition des douleurs aurait pu

avoir lieu spontanément, que l'attaque était médiocrement intense, que la dose du médicament a été peu élevée, et que l'élévation de la température a eu, selon toutes les apparences, une influence marquée. Ce fait prouve combien il est difficile de discerner l'action d'un moyen thérapeutique, lorsqu'on ne veut pas se contenter d'approximations bien souvent trompeuses, et, lorsqu'on veut tenir compte de toutes les circonstances.

OBSERVATION II (Wertheimer et Soustelle).

G... Antoine, 56 ans, est adressé par le Professeur Favre dans le Service duquel il est entré le 29 avril 1936 pour une pneumonie de la base gauche. Dans ses antécédents, on relève que le malade aurait eu des « convulsions vers l'âge de 12 ans et qu'il est pensionné pour paludisme contracté pendant la guerre. Il est en outre éthylique, ou, du moins le fut. Il avait cessé de boire depuis 1927, époque à laquelle il a été soigné pour des troubles digestifs de cause toxique. Il n'en conserve pas moins des douleurs gastriques à type de brûlures, il accuse en outre un amaigrissement considérable (40 kgr. en 8 ans).

Le malade fut traité dans le Service du Professeur Favre pour une pneumonie grave de la base gauche, accompagnée de symptômes toxi-infectieux très accentués, il guérit sans incident notable.

Convalescent, il nous fut adressé parce que, depuis une dizaine d'années, il souffre de névralgies occipitales extrêmement violentes. Ces douleurs sont apparues sans étiologie précise, en particulier sans épisode infectieux, buccal ou pharyngé susceptibles d'en expliquer l'éclosion.

Elles sont strictement unilatérales, elles affectent la moitié gauche de la région occipitale, la région mastoïdienne et irradient jusque vers la région frontale, vers le cou et jusqu'à la région scapulaire, elles ont un type paroxystique dont la violence est extrême.

Nous avons assisté à plusieurs de ces crises au cours desquelles l'expression du malade traduit l'acuité de la douleur.

L'examen local est absolument négatif.

Une radiographie de la région sous-occipitale et de la colonne cervicale ne montre aucune altération du squelette. Le Bordet-Wassermann et le Kahn sont négatifs.

Le 30 mai 1936, au cours d'une crise, on pratique une infiltration anesthésique de la zone douloureuse qui fait cesser la douleur mais, dès le lendemain, une nouvelle crise extrêmement douloureuse se déclanche. Le 8 juin 1936, sous anesthésie locale, le malade étant en position assise, on fait une incision médiane qui va de la tubérosité occipitale au sommet de l'apophyse épineuse de C IV.

L'apophyse épineuse de l'axis est découverte, libérée et réséquée, l'arc postérieur de l'atlas est également réséqué, la face postérieure de la dure-mère est découverte dans tout l'espace compris entre le bord postérieur du trou occipital et l'axis. Elle est alors incisée, longitudinalement à gauche de la ligne médiane, les deux premières racines postérieures cervicales du côté gauche sont repérées, isolées et sectionnées. La section est extrêmement douloureuse.

La douleur irradie dans toute la moitié gauche du crâne et de la face. La dure-mère est suturée et les parties molles rapprochées.

Les suites furent extrêmement simples, le malade se lève le 10^e jour et depuis n'a jamais ressenti la moindre douleur.

OBSERVATION III (Wertheimer et Soustelle).

M^{me} M..., 69 ans, nous est adressée pour des douleurs névralgiques affectant la région occipitale gauche (en mai 1936).

Aucun antécédent notable dans l'anamnèse de cette malade, mère de 4 enfants, ménopausée à 50 ans, dont la santé habituelle est robuste. Les douleurs dont elle souffre sont apparues sans cause précise, il y a deux mois. Elles affectent la région occipitale gauche, irradient vers le cou et la région frontale. Elles ont un caractère paroxystique très net et sont extrêmement vives, la radiographie du crâne et de la région cervicale ne montre rien d'anormal. L'examen neurologique est négatif.

Il est à noter que les gencives sont recouvertes d'un exsudat sanieux purulent, la langue est saburrale et l'haleine très fétide. La malade a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, la simple infiltration anesthésique pratiquée dans la région sous-occipitale est inefficace. Le Bordet-Wassermann, l'Hecht et le Kahn sont négatifs. La malade est fébrile, on utilise l'urotropine en intraveineuse, le Rubiazol, la désinfection gingivale et buccale au bleu de méthylène.

Les douleurs persistent, on fait une alcoolisation sous-occipitale au niveau de l'émergence du nerf d'Arnold, les douleurs sont immédiatement soulagées, l'anesthésie s'étend à toute la région occipitale gauche qu'elle déborde en avant et latéralement. Progressivement, l'état infectieux a cédé à la médication mise en œuvre et la malade est demeurée guérie depuis lors.

OBSERVATION IV (Observation personnelle).

*Cas de névralgie occipitale ayant succédé
à un traumatisme.*

M^{lle} Claude B..., 16 ans. Quelques jours après un traumatisme par ballon de foot-ball reçu sur la nuque est apparue après un intervalle libre une douleur occipitale à prédominance du côté gauche.

La douleur sourde et continue siégeait à la nuque, s'exagérait par paroxysmes violents, au moment desquels se caractérisaient surtout des irradiations ascendantes au vertex et dans la région pariétale. Il existait un point douloureux très net à la pression au point d'Arnold dont le simple affleurement suffisait à déterminer une douleur très vive. Cette douleur permanente au repos, s'exagérait par les mouvements, elle augmentait dans le décubitus à l'appui de la tête, elle était rebelle aux médications antialgiques habituelles. Après s'être maintenue avec ces caractères, pendant un mois elle disparut sans laisser de traces et n'a pas récidivé depuis.

OBSERVATION V (de Sèze).

Le M..., 43 ans, magasinier, venu consulter le 1^{er} mai 1939.

Il se plaint d'une douleur continuelle dans le côté droit de la tête. Cette douleur débute au niveau de la partie droite de l'écaille de l'occipital, remonte sur le sommet de la tête à droite, puis vient se localiser en avant au niveau de l'arcade sourcilière droite.

Depuis un an il souffre continuellement jour et nuit, par moments surviennent des paroxysmes violents, surtout à l'occasion des mouvements.

L'interrogatoire apprend que le malade souffre depuis août 1918, date à laquelle il aurait été blessé par un éclat d'obus au niveau de l'écaïlle de l'occipital. Depuis ce temps il souffrait par intermittence. Les crises douloureuses duraient 8 jours au maximum, 2 à 3 jours au minimum et étaient suivies par des intervalles d'indolence de 3 semaines parfois.

Sur les comptes rendus de la blessure il n'a pas été noté de fracture, mais seulement une commotion. Mais il faut signaler que ce malade doit passer devant la commission des réformes et des pensions. N'a-t-il pas intérêt à faire remonter ces douleurs au trauma crânien ?

Depuis 7 mois, le malade dit ne plus pouvoir travailler à cause des douleurs et qu'il présentait en outre des étourdissements lorsqu'il baissait la tête. Il dit que la marche détermine au bout de quelque temps des vertiges. D'autre part, le malade accuse une grande diminution de la mémoire, mais qui cesserait avec la disparition de la douleur. Il voit parfois un trait rouge sur le côté du front lorsqu'il souffre. L'œil est larmoyant. L'examen montre un point douloureux sus-orbitaire avec hypoesthésie de toute la région douloureuse. Cette hypoesthésie ne serait pas permanente.

Le 3 mai 1939, on pratique une première infiltration à la novocaïne du nerf occipital. Durant l'injection la douleur irradie jusqu'à la région oculaire, puis toute douleur disparaît.

Le 7 mai, une 2^e infiltration de la fossette occipitale fait pénétrer 15 cc. de thiodocaïne. Une souffrance réaction-

nelle pendant les deux premiers jours est suivie d'un soulagement considérable, au dire du malade.

Le 10 mai, une 3^e infiltration de 10 cc. de thiodocaïne est suivie d'une amélioration de 24 heures, puis d'une reprise des douleurs.

Le 14 mai, 20 cc. de thiodocaïne sont poussés au voisinage du nerf occipital. Dans les jours qui suivent, la réapparition de douleurs très intenses, fait abandonner le traitement.

OBSERVATION VI (De Sèze).

A..., 76 ans, cordonnier. Consulte le 15 mai 1939 pour une douleur céphalique survenant depuis 2 ans 1/2 par crises de durée variable. Ces crises durent deux jours au maximum, débutant le plus souvent au milieu de la nuit, empêchant tout sommeil, cessant au bout de quelques heures, progressivement.

D'abord espacées, les crises sont de plus en plus rapprochées, elles surviennent tous les jours dans ces derniers temps. Au moment où il souffre, le malade peut exécuter facilement les mouvements de la tête, mais avec de gros craquements cervicaux.

Dans les antécédents, on note, dès l'âge de 20 ans, des douleurs cervicales traitées par des pointes de feu. Il avait toujours présenté des craquements cervicaux. Des névralgies dentaires à la cinquantaine ont fait extraire toutes les dents. Un rhumatisme de l'épaule gauche ayant duré huit mois a été soigné à la Pitié en 1919, puis un rhumatisme du genou gauche a duré environ deux ans.

A l'heure actuelle existent des douleurs occipitales gauches dans le territoire du nerf d'Arnold. Il se produit des

craquements mais pas de douleur nette lors de la mobilisation du cou. Les craquements articulaires sont généralisés, sans déformation cliniquement visible de la colonne cervicale.

Un point douloureux net est constaté à la pression au niveau de l'émergence du nerf d'Arnold.

Le traitement consiste en radiothérapie, en infiltration locale par 10 cc. de novocaïne (le 20 mai 1939) et 10 cc. de thiodycaïne (le 25 mai). Il est suivi d'une amélioration.

OBSERVATION VII (DE SÈZE).

K... Jeanne, 56 ans, 4 mars 1938, névralgie occipitale droite ayant débuté trois mois auparavant. La douleur est accrue par l'éternuement et les chocs ; on note une hyperesthésie *in situ*.

6 juillet, 10 cc. de novocaïne à 1/200 sont injectés dans la fossette sous-occipitale. L'infiltration a diminué nettement la douleur occipitale. Mais une douleur persistant dans le bras droit on injecte à nouveau 10 cc. de novocaïne dans la fossette sous-occipitale.

L'examen du fond d'œil avait montré des lésions vasculaires. Les veines sont un peu tortueuses, on note des signes discrets d'artérite, des lésions capillaires périmaculaires très accentuées, surtout à droite où existent de petites hémorragies. Urée sanguine 0 gr. 45.

OBSERVATION VIII (Professeur Baudoin)

Leçon du 19 février 1939.

Je vous présente une malade de mon Service, M^{me} Andrée J..., âgée de 45 ans que l'on amène dans un fauteuil

roulant ; il s'agit en effet d'un cas complexe et cette femme est atteinte d'atrophie musculaire progressive, qui évolue depuis plus de dix ans et est très vraisemblablement myopathique, mais elle est atteinte aussi de névralgie sous-occipitale gauche...

La douleur qui dure depuis environ trois mois, prend naissance dans la région occipitale gauche d'où elle irradie : en avant vers le vertex et la région frontale, latéralement vers la région temporale.

Il s'agit d'une douleur continue, car la malade la ressent toujours, mais elle est entrecoupée de paroxysmes très violents, qui durent un quart d'heure, une demi-heure et davantage. Pendant la nuit M^{me} J... peut dormir quand elle est sous l'influence d'un cachet antinévralgique, mais il lui arrive d'être réveillée par les paroxysmes.

Je me place maintenant devant la malade et je lui fais fléchir la tête en avant. Avec la pulpe de mon index, je suis la ligne courbe occipitale en allant de la protubérance occipitale externe vers la mastoïde et en exerçant une certaine pression.

Vous voyez nettement qu'à deux centimètres environ de la ligne médiane je provoque une douleur vive en un point précis qui correspond à l'émergence du grand nerf occipital (point d'Arnold).

En résumé il s'agit :

- 1^o D'une douleur continue, avec paroxysmes violents ;
- 2^o Avec irradiations antérieures et latérales ;
- 3^o Avec un point d'Arnold très net dont la présence réveille la douleur postérieure et les irradiations.

En dehors de la névralgie occipitale, M^{me} J... est atteinte depuis très longtemps de migraines typiques qui ne la

prennent que de loin en loin et ne durent que quelques heures. La douleur ne siège pas en arrière et s'accompagne de malaises et de nausées. D'après cette femme, qui est intelligente, il n'y a aucun rapport entre les douleurs de la névralgie et celles de la migraine.

OBSERVATION IX (Professeur Baudouin).

Forme cyclique.

Il s'agit d'une malade qui a eu son retour d'âge en 1931 et qui, depuis cette époque, présente tous les deux mois environ, une attaque de névralgie occipitale droite ayant les caractères suivants : Le début se fait le matin, vers 8 heures, par une douleur occipitale droite. D'abord peu intense, elle va crescendo jusque vers midi, où elle est très violente et irradie au front et à la tempe : elle reste étale jusque vers 3 heures de l'après-midi, puis elle diminue assez brusquement et cesse, la durée totale du cycle étant de 7 à 8 heures. Rien jusqu'au lendemain matin où le même cycle douloureux se déroule à peu près à la même heure : et cela pendant 7 à 8 jours. Au bout de ce temps, la névralgie disparaît pour deux mois ; puis, sans aucune raison apparente, survient une nouvelle attaque toujours composée de 7 à 8 cycles journaliers. Dans l'intervalle des attaques la santé est parfaite, la malade ne ressent pas la moindre douleur.

OBSERVATION X (Professeur Baudouin).

Forme intermittente.

R... Emile, 37 ans, a fait des accès éthyliques. En 1938, soigné à l'Hôtel-Dieu (Service Professeur Bénard) pour

lésions poumon droit. Après essai de pneumothorax, passe 5 mois au sanatorium de la Bruyère. En sort très amélioré.

En mars 1939, forte « grippe » qui s'arrange en quelques jours. Peu après (donc vers la fin mars), première crise de douleurs occipitales droites (que nous n'avons pas vues). Elles durent trois semaines.

Un mois de calme. Les douleurs réapparaissent vers le 20 mai. Le malade vient à la consultation le 5 juin 1939, se plaignant de « mal de tête ».

Revient le 12 juin : à ce moment, tableau de *tic douloureux occipital droit*. Crises très douloureuses et très fréquentes, durant quinze à vingt secondes, partant de la région occipitale droite et irradiant en haut et à droite. *Aucune douleur dans l'intervalle des crises*. Le malade est hospitalisé. On lui fait quelques piqûres de morphine, puis du pyréthane et de l'aconitine. Les douleurs disparaissent rapidement (en 4 ou 5 jours) et le malade demande à sortir. A noter : un peu de sucre dans l'urine : à ce moment, glycérine 1 gr. 12. Le malade n'a pas été revu.

BIBLIOGRAPHIE

- VALLEIX. — *Traité des névralgies*, 1841.
- SICARD et CESTAN. — Etude de la traversée méningo-radiculaire au niveau des trous de conjugaison. Le nerf de conjugaison. Quelques déductions cliniques. *Bull. et Mém. Bull. Soc. méd. Hôp.*, t. XXI, 1904, p. 715.
- DUCASTÉ. — Le syndrome du grand nerf occipital. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 oct. 1915.
- FORESTIER. — Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidual. Etude anatomique et clinique. Th. Paris, 1921-1922.
- ZIMMERN et COTTENOT. — Névralgie occipitale et névrite cubitale guéries par la radiothérapie radiculaire. *Bull. Soc. franç. d'Electr. et de Radio.*, juin 1912 ; *Soc. d'Electr.*, 1921.
- OELECKER. — Erfahrungen über die Extirpation des 2 Spinal ganglion bei der okzipital nevralgie. *Deut. Zeitschrift Nervenheilkunde*, 68-69, 1921, p. 296.
- BOUCHUT (M^{me} du). — Rapports des migraines avec la myosite et la cellulite cervicale. Th. Paris, 1931.
- ODY. — Traitement chirurgical de la névralgie essentielle et paroxystique du grand nerf occipital d'Arnold. *Revue neurologique*, 11, 1934, p. 77.
- KESSEL. — Traitement de la névralgie occipitale par alcoolisation de l'artère carotide externe. *Rev. Chir.*, n° 9, nov. 1935.

- WERTHEIMER et SOUSTELLE. — Deux observations de névralgie occipitale. Considérations thérapeutiques. *Mém. Acad. Chir.*, 5-10 novembre 1937, n° 29.
- PASTEUR VALLERY-RADOT et HAMBURGER. — Les migraines. Etude pathogénique, clinique et thérapeutique. Masson, 1935.
- BAUDOUIN (A.) et SCHAEFFER (H.). — Physiologie et pathologie générale de la douleur. Rapport XVI^e Réunion neurologique internationale. Paris, 8 et 10 juillet 1937.
- BAUDOUIN (A.). — La névralgie occipitale. *Progrès médical*, 20 mai 1939.
- TINEL (J.). — Névralgies in *Nouveau Traité de Médecine* Roger-Widal-Teissier, 1927.
- HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs rachidiens. Anatomies de Cruveilhier, Luschka, Rouvière.
-

